DISSERTATION

N° 110.

SUR LA PÉRICARDITE AIGUË,

OU INFLAMMATION AIGUË DE LA MEMBRANE SÉREUSE DU COEUR;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 mai 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR VICTOR-CONSTANT SAVARY, né à Saint-Aubin-du-Cormier, Département d'Ille-et-Vilaine.

In medicinâ majorem vim habet experientia quàm ratio; ratio contrà majorem quàm auctoritas....

BAGLIVI.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD.
M. THILLAYE.
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN, *Examinateur.*
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU, *Examinateur.*
M. ROYER-COLLARD, *Examinateur.*
M. BÉCLARD, *Président.*
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MES BONS PARENS.

V. C. SAVARY.

DISSERTATION

SUR LA PÉRICARDITE AIGUE,

OU INFLAMMATION AIGUË DE LA MEMBRANE SÉREUSE DU COEUR.

Considérations préliminaires.

Les maladies du péricarde, ainsi que celles du cœur, qu'il regardait, par la solidité et la densité de son tissu, comme devant être à l'abri de toute affection morbide, ont été méconnues d'*Hippocrate*, et ont échappé à la sagacité et au génie observateur de ce grand homme. *Galien* est le premier qui ait donné quelques notions sur la *péricardite*. Il la croyait le plus souvent produite par l'expansion d'une phlegmasie des organes voisins au tissu même du péricarde. Il dit avoir vu deux gladiateurs périr de cette maladie, à laquelle il donne le nom d'*érysipèle du cœur*. (*De locis affectis*, lib. 5.) C'est *Avenzoar* qui nous a transmis la première observation de *péricardite*. Depuis lui, un grand nombre d'auteurs, *Salius Diversus*, *Rondelet*, *Zacutus Lusitanus*,

Fabrice de Hilden, *Lancizi*, *Lower*, *Guarinon*, etc., ont eu de fréquentes occasions d'observer cette maladie, de même que les nombreuses altérations dont est susceptible la membrane séreuse du cœur, et qui, presque toutes, reconnaissent pour cause son inflammation *aiguë* ou *chronique*. Ces divers auteurs ont laissé dans leurs écrits les observations qui leur sont particulières, en même temps qu'ils ont indiqué les symptômes qui leur ont semblé propres à faire reconnaître ces affections. *Bonnet*, dans le *Sepulchretum*, lib. 2, section 1, 2. 8, etc., a recueilli tous les faits observés par ses prédécesseurs. *Sénac*, dans son ouvrage (Traité du cœur), a réuni aux observations qui lui sont propres celles de *Bonnet* et des auteurs précédemment cités. *Morgagni* (*De sedibus et causis*, epist. 16, 17, 18, etc.), dans le monument immortel qu'il a élevé à la science, rassemble tout ce qui a été publié avant lui, donne le résultat de ses observations particulières, et soumet tous ces faits à une judicieuse critique.

Trécourt, médecin de l'hôpital militaire de Rocroi, observa en 1746, une épidémie de péricardite, qu'il croyait contagieuse, et qui était compliquée de phlegmasies du poumon et de la plèvre; il y avait aussi des symptômes nerveux, et notamment l'hydrophobie. Ceux qui appartenaient à la phlegmasie du péricarde étaient : une douleur aiguë, fixe, derrière le sternum, correspondant en arrière à la région opposée, et analogue à celle qui résulterait de la présence d'un clou qui, traversant la poitrine, tendrait à rapprocher le sternum de la colonne vertébrale; des palpitations légères, un pouls dur et concentré. La marche de la maladie était rapide, et la plupart des malades ne passèrent pas le septième jour. Tous ceux qui ne furent pas saignés dans les deux premiers jours périrent avant le cinquième ou le sixième. A l'ouverture de plus de vingt cadavres d'individus morts, dans l'espace de deux mois que dura l'épidémie, on trouva le péricarde enflammé et rempli d'une sérosité purulente. Le poumon

et la plèvre avaient presque constamment partagé l'inflammation. (Journal de médecine, décembre 1755.)

Malgré la multiplicité des faits observés par les auteurs le plus justement recommandables, lesquels faits prouvent la fréquence de la péricardite, le danger éminent qui l'accompagne, et les altérations de toute espèce que le péricarde est susceptible de présenter, l'on n'était que peu riche en moyens propres à en indiquer l'existence sur le vivant, et l'on était réduit à les soupçonner, dans quelques cas seulement, quand certains phénomènes remarquables se faisaient apercevoir. Le plus souvent une obscurité profonde dérobait aux médecins la connaissance de ces affections; l'ouverture des cadavres seule en éclairait alors et la nature et le siége.

Parmi les symptômes que les auteurs que nous avons cités ont regardés comme pouvant faire reconnaître la péricardite, un grand nombre sont communs à différentes affections du poumon, de la plèvre, du cœur, du diaphragme, de l'estomac, etc. Ceux qui sont les plus remarquables, sur lesquels ils s'accordent le mieux, et qui appartiennent véritablement à cette maladie, sont les suivans : chaleur brûlante dans la poitrine, douleur et sentiment de constriction derrière le sternum, respiration haute, difficile, accélérée, avec toux sèche; anxiété extrême, face grippée, lipothymies fréquentes. *Sénac* ajoute les tremblemens du cœur. Ils ne sont point du même avis sur l'état du pouls, les uns disant qu'il est dur, fréquent et régulier, les autres lui donnant pour caractères la faiblesse, la petitesse, l'irrégularité et l'intermittence. Nous indiquerons plus loin à quoi nous paraît tenir cette différence de l'état du pouls notée par les auteurs.

Mais ces symptômes ne se rencontrent pas toujours, ou ne surviennent qu'à un degré avancé de la maladie. Ils sont d'ailleurs rendus obscurs par ceux de l'affection simultanée d'un ou de plusieurs organes voisins, qui vient le plus souvent compliquer la péricardite. Ces

auteurs n'ont point établi d'une manière convenable les signes propres à chacune de ces maladies, dans lesquelles le voisinage des tissus affectés, l'effet commun qu'elles produisent toutes à un plus ou moins haut degré, celui de troubler la respiration et la circulation, font naître une telle analogie dans les phénomènes morbides, qu'il était bien difficile d'assigner ce qui était propre à l'affection de tel ou tel organe. Aussi tous ces médecins avouent-ils qu'il est extrêmement difficile de reconnaître la péricardite avant la mort.

Le grand nombre d'observations sur cette maladie n'empêchait donc pas qu'elle ne fût le plus souvent méconnue ou confondue avec d'autres phlegmasies, spécialement avec celles du poumon ou de la plèvre : l'on ne connaissait d'ailleurs ni sa marche, ni ses modes de terminaison. L'immortel *Bichat,* qu'une mort prématurée ravit à la science, dans le moment où il eût sans doute fait faire à la pathologie des progrès, que ses brillantes découvertes physiologiques mettaient en droit d'espérer de son génie rare et fécond, *Bichat,* disons-nous, jeta un grand jour sur les maladies du péricarde, en démontrant la nature séreuse de l'une de ses tuniques, ses analogies de forme, de texture, de fonctions, de maladies, d'altérations morbides ou désorganisatrices, avec les autres membranes séreuses, la plèvre, le péritoine, etc. Il fit voir que des deux tissus qui composent le péricarde, l'extérieur, ou le fibreux, était presque toujours intact, pendant que l'intérieur, ou le séreux, était constamment affecté ; que les produits morbifiques et les dégénérescences qu'amène l'état chronique, et sur la formation desquels tous les auteurs précités n'ont eu que des idées et des théories fausses, étaient entièrement semblables à ceux que l'on rencontre dans les tissus de même nature. Ce sont ces découvertes qui ont guidé dans les recherches postérieures sur cette affection ; et c'est surtout à M. le professeur *Corvisart,* si célèbre par ses travaux sur les maladies organiques du cœur, que l'on est redevable d'une description méthodique de la péricardite.

Il a la gloire de l'avoir le premier considérée comme elle méritait de l'être, en la plaçant à la tête des nombreuses affections dont le péricarde est susceptible, parce qu'il la regarde avec raison comme produisant la majeure partie d'entre elles; de même que, pour l'œil, l'ophthalmie devient la cause fréquente d'une foule de lésions qui apportent un obstacle plus ou moins grand aux fonctions de cet organe. M. *Corvisart* a jeté sur ce point, comme sur tout ce qui tient aux affections du cœur, de grandes lumières, et enrichi la science de vérités nouvelles.

Cependant, quelque jour que le savant professeur que nous venons de citer ait répandu sur l'histoire de la péricardite, la partie la plus intéressante, celle du diagnostic, est encore loin d'avoir le degré de précision qu'il serait à souhaiter qu'elle eût. Aussi voit-on fréquemment les médecins les plus distingués commettre des erreurs à cet égard, et confondre cette affection avec une autre. Souvent c'est avec la pleurésie ou la péripneumonie: alors la méprise est moins funeste, le traitement de ces maladies étant à peu près le même que celui de la phlegmasie du péricarde. Mais quel danger imminent ne court pas le malade, quand le médecin, trompé par l'anxiété extrême, l'abattement général, la petitesse du pouls, la tendance aux lipothymies, croit apercevoir les symptômes de ce qu'on nomme *fièvres adynamiques* ou *ataxiques*, et prodigue les toniques les plus puissans et les stimulans de toute espèce! Cet appareil fastueux de médicamens, héroïques dans les cas où l'indication de relever les forces vitales abattues est évidente, ne sert dans celui-ci, où elles ne sont en quelque sorte qu'opprimées, qu'à redoubler l'intensité de la phlegmasie, et précipiter le malade dans la tombe.

Ces erreurs que nous avons eu occasion d'observer plusieurs fois, les difficultés qu'il y a le plus souvent à reconnaître la maladie que nous traitons, les observations que nous avons été à même de faire sur un certain nombre d'individus qui en étaient affectés, celles que nous avons pu faire sur nous-même, dans une maladie

que nous éprouvâmes dans le courant de l'année précédente, et dont l'ensemble des symptômes ne permettait pas de méconnaître une péricardite, comme on pourra en juger d'après l'histoire que nous en donnerons : telles sont les considérations qui nous ont déterminé à fixer notre attention sur cette maladie, et à la prendre pour le sujet de cette dissertation. Elles nous ont porté à des réflexions sur les phénomènes rapportés par les auteurs, et notamment par M. *Corvisart*, et sur ceux que nous avons observés nous-même. Nous les avons comparés avec ceux qui se manifestent dans les diverses affections qu'il est le plus ordinaire de confondre avec la péricardite ; nous avons cherché à découvrir dans le grand nombre de symptômes qui se présentent dans les unes et dans les autres, et dont la majeure partie est commune à plusieurs d'entre elles, s'il n'en existait pas quelques-uns qui appartinssent exclusivement à chacune, et qui se rencontrassent assez fréquemment pour faire distinguer, dans la grande majorité des cas, l'affection isolée de tel ou tel organe, de tel ou tel tissu ; et indiquer, dans les circonstances très-fréquentes où il y a affection simultanée de plusieurs de ces organes ou de ces tissus, quels étaient ceux qui partageaient l'état pathologique.

Cette manière d'étudier les phlegmasies des viscères qui sont contenus dans la poitrine ou qui lui sont adjacens, et qui consiste à se les représenter toutes dans un même tableau, à observer ce qu'elles offrent de commun et ce qui est particulier à chacune, nous a paru la seule au moyen de laquelle on pût parvenir à éclairer leur diagnostic, et spécialement celui de la péricardite, qui est le plus obscur de tous. Nous nous proposons donc, après avoir décrit les causes, les symptômes, la marche et les modes de terminaison de cette dernière, de faire, à l'article du *diagnostic*, le parallèle des symptômes de ces affections, et d'en tirer ensuite les signes que nous regardons comme propres à la péricardite.

Description de la Péricardite aiguë.

Synonymie, classification.

Inflammation du péricarde, Galien, Avenzoar, Salius Diversus, Rondelet, Zacutus, Sénac, etc.; *pericarditis*, Vogel, Cullen; *pleurésie du péricarde,* Sauvages; *péricardite* de M. le professeur Pinel, qui l'a rangée dans les phlegmasies séreuses, auxquelles elle appartient naturellement.

La péricardite est l'inflammation de la tunique interne ou séreuse du péricarde, considérée, soit dans la portion qui recouvre immédiatement le cœur, soit dans celle qui tapisse la face interne de la tunique fibreuse. Nous avons déjà dit que cette dernière était presque toujours intacte, du moins jusqu'ici on ne possède pas d'exemples bien authentiques de sa phlegmasie; aussi, en traitant de la péricardite, n'entendons-nous parler que de l'inflammation de la membrane séreuse.

Cette maladie est presque toujours sporadique. La seule qu'on ait vu régner épidémiquement est celle observée par *Trécourt.* Il répugne de croire qu'elle puisse devenir contagieuse, quoiqu'en ait dit cet auteur. On la divise en *aiguë* et en *chronique,* division très-importante, soit pour la description, soit pour les indications curatives. Nous ne nous occuperons point de la dernière, quoique nous en eussions eu d'abord l'intention, parce qu'il nous eût fallu la considérer en rapport avec toutes les affections qui ont des analogies avec elle; ce qui nous eût entraîné fort loin, et forcé de dépasser les bornes que nous nous sommes prescrites.

Causes de la Péricardite aiguë.

Les causes de cette maladie sont analogues à celles qui provoquent les phlegmasies des autres membranes séreuses, et en

général à toutes celles qui donnent lieu aux maladies d'irritation.

Prédisposantes. Le tempérament sanguin, la vigueur de l'âge, l'abus des liqueurs spiritueuses, les erreurs ou les excès dans le régime ; les travaux forcés de l'esprit, une application trop long-temps continuée sur le même objet, les veilles prolongées, les passions tristes, la crainte, le chagrin, etc. ; la suppression d'une évacuation habituelle, celle d'une hémorrhagie, du flux hémorrhoïdal, des menstrues, d'un exutoire ; etc.

Occasionnelles. Les causes prédisposantes peuvent, dans quelques cas, déterminer le développement de la maladie par elles seules, si elles agissent long-temps, ou si elles acquièrent beaucoup d'intensité. La suppression de la transpiration par l'impression subite d'un vent froid, le corps étant échauffé, les exercices immodérés du corps, son refroidissement subit ou lent, partiel ou général ; les boissons froides ou à la glace pendant les chaleurs de l'été ; un emportement de colère, une vive frayeur, la métastase d'une irritation rhumatismale, goutteuse, dartreuse, psorique, etc. ; la percussion ou la compression violente de la région du cœur ; une phlegmasie existante dans les organes voisins du cœur, comme le poumon, la plèvre, le diaphragme, l'estomac, telles sont les causes déterminantes les plus ordinaires de la péricardite aiguë.

Symptômes.

La maladie se déclare subitement, sans prodromes, offre de suite les symptômes les plus graves, marche avec une rapidité extrême, et tue le malade dans peu de jours ; ou bien elle s'annonce avec des phénomènes moins alarmans, suit une marche plus lente, et permet à la phlegmasie de parcourir ses périodes dans un temps à peu près égal à celui qu'elle emploie dans la pneumonie ou la pleu-

résie, dans les cas les plus ordinaires. M. le professeur *Corvisart* a noté ces deux variétés de la péricardite, et a désigné la seconde sous le nom de *sub-aiguë*. Elle peut aussi, dans quelques circonstances, se développer à la suite d'une irritation chronique, lente et légère du péricarde, qui s'est manifestée d'une manière insensible, et a persisté plus ou moins long-temps en présentant des symptômes ordinairement assez obscurs.

Symptômes locaux. Sentiment de chaleur dans la partie gauche du thorax, qui bientôt se fixe à la région du cœur; douleur aiguë et fixe de la même partie, laquelle répond quelquefois en arrière au point diamétralement opposé; d'autres fois sensation distincte d'un corps volumineux qui se meut dans la poitrine, et dont chaque mouvement augmente la douleur; exaspération de cette même douleur lorsqu'on percute ou que l'on comprime la partie antérieure et gauche de la poitrine, ce qui augmente également tous les autres symptômes, et va souvent jusqu'au point de produire la syncope; pression sur l'épigastre, dirigée de bas en haut, produisant des effets analogues; percussion donnant un son plus ou moins obscur, ou tout-à-fait mat vers l'endroit qu'occupe le cœur, la poitrine d'ailleurs résonnant bien dans le reste de son étendue; élévation des côtes et élargissement considérable des espaces intercostaux à chaque inspiration, le diaphragme ne coopérant presqu'en rien à la respiration; *decubitus* dorsal, quelquefois sur le côté droit, presque toujours impossible sur le côté gauche; dans quelques cas, palpitations ou battemens confus du cœur.

Symptômes sympathiques. Respiration haute, douloureuse, difficile, accélérée, quelquefois sans toux, dans d'autres cas avec toux sèche; anxiété extrême, oppression, menaces de suffocation, défaillances ou véritables syncopes; face grippée; dans quelques circonstances, coloration en rouge de la pommette du côté gauche; abattement général, frayeurs, réveils en sursaut, jactitation ou

mouvemens continuels, plaintes, soupirs, pressentimens sinistres; pouls dur, fréquent, ordinairement régulier et assez développé dans le commencement de la maladie, puis petit, concentré, vite, serré, irrégulier ou intermittent, quand elle a fait des progrès et qu'elle approche d'une terminaison funeste; peau chaude et sèche, urines rares et colorées. Quelquefois délire, lequel est alors souvent produit par l'arachnitis, qui est venue compliquer la péricardite.

M. *Boullier*, de Lons-le-Saulnier, cite, dans une dissertation sur cette maladie, présentée à la Faculté de médecine de Paris (année 1812, n.° 69), deux observations dans lesquelles les malades avaient constamment les cuisses fléchies sur le bassin et le corps courbé en avant, sans doute pour relâcher les muscles du bas ventre, spécialement les muscles sterno-pubiens, et faciliter ainsi l'élévation des côtes, par le moyen de laquelle la respiration se fait alors presque exclusivement.

Marche, Durée.

La première variété de péricardite aiguë, ou celle qui débute d'une manière en quelque sorte foudroyante, présente, dès son invasion, la majeure partie des symptômes que nous venons d'indiquer; cependant il en est plusieurs qui sont d'une grande importance, dont l'absence au commencement de la maladie fait fréquemment méconnaître cette dernière; tels sont les défaillances, les syncopes, l'altération des traits de la face qui prend l'aspect si bien décrit par *Hippocrate*; la petitesse, l'irrégularité ou l'intermittence du pouls, qui d'abord est dur, régulier et assez développé. C'est ordinairement vers le deuxième ou le troisième jour que ces symptômes alarmans se manifestent. Dès-lors l'état du malade devient à chaque instant plus fâcheux, les lipothymies se rapprochent, l'anxiété est extrême, la suffocation imminente; le pouls devient mou, filiforme; les extrémités se refroidissent, et

la mort survient presque toujours avant le cinquième et le sixième jour, pendant que le malade exécute quelques mouvemens pour changer de position ou prendre quelque boisson.

Dans la seconde nuance, les symptômes étant modérés d'abord, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que tous les signes caractéristiques de la péricardite se trouvent réunis. Ils offrent beaucoup moins de violence et de rapidité dans leur marche. Aussi la maladie peut-elle se prolonger jusque vers le deuxième ou le troisième septénaire. Elle présente d'ailleurs, vers la fin, des phénomènes analogues à ceux que l'on remarque dans la précédente. Les individus meurent quelquefois infiltrés.

Si la péricardite ne se termine pas par la mort ou par la résolution entière dans le temps que nous avons indiqué, elle passe à l'état chronique.

Terminaisons.

1.° *Par résolution.* Cette terminaison, la plus heureuse, et par conséquent, la plus désirable, est malheureusement très-rare, surtout dans la première nuance de la péricardite, à cause de la violence de la phlegmasie et de la promptitude extrême avec laquelle elle donne lieu à des épanchemens séro-purulens, dans la cavité du péricarde. L'on ne possède que peu d'exemples d'une résolution complète. M. le professeur *Corvisart* en a vu quelques-uns. Nous avons deux faits, dont nous rendrons compte, qui en attestent aussi la possibilité. On a lieu de l'espérer, lorsque, après avoir attaqué de bonne heure cette maladie par les antiphlogistiques, administrés d'une manière méthodique et aussi énergique que l'exigent sa gravité et sa marche plus ou moins rapide, l'on voit la respiration devenir plus facile, la dyspnée, la douleur, les défaillances ou les lipothymies disparaître ; le pouls perdre sa fréquence, sa dureté, sa petitesse, ou son irrégularité, pour acquérir du développement, de la souplesse et de la régularité dans ses battemens ; la face s'épanouir, au lieu de présenter des traits tiraillés

comme elle le faisait précédemment, etc. L'absence seule de la douleur ne pourrait suffire pour fonder cet espoir ; car il est assez ordinaire de la voir disparaître dans les phlegmasies des membranes séreuses, quoique celles-ci fassent des progrès, et tendent à une issue funeste. Il faut donc qu'il s'y joigne les autres signes d'amélioration que nous avons indiqués. S'il survenait en même temps une évacuation critique, comme une hémorrhagie nasale, des sueurs générales, des urines abondantes, etc., elle ne servirait qu'à confirmer dans cette heureuse attente.

2.° *Par adhérences du péricarde.* L'adhérence des deux portions du péricarde entre elles, résultant d'une espèce de résolution incomplète de la péricardite, a fait croire à plusieurs auteurs à l'absence de cette membrane, et a été observée pour la première fois par *Sarracénus*. Plusieurs observateurs ont eu depuis l'occasion de la rencontrer; tels sont *Lower*, *Vieussens*, *Lancizi*, *Sénac*, *Morgagni*, M. le professeur *Corvisart*, etc. Ce mode d'union contre nature est un phénomène propre aux membranes séreuses; mais l'adhérence du péricarde est une affection beaucoup plus grave que celle qui arrive aux membranes analogues, à cause des obstacles qu'elle apporte aux fonctions de l'organe central de la circulation, qui se trouve ainsi fixé au diaphragme, et ne peut se mouvoir librement dans la poitrine; ce qui ne saurait avoir lieu sans causer de grands troubles dans l'économie animale. Aussi M. le professeur *Corvisart* pense-t-il que, quand l'adhérence a lieu dans une grande ou dans l'entière étendue du péricarde, la mort ne peut manquer de survenir dans un temps plus ou moins long, mais toujours peu considérable.

Elle se présente sous trois états différens : 1.° elle est le résultat de l'union de couches albumineuses ou pseudo-membranes analogues à celles que l'on rencontre si fréquemment sur les plèvres; 2.° elle est intime ou immédiate, générale ou partielle, et sans interposition d'aucune substance particulière ; 3.° elle a lieu

par des filamens celluleux, déliés, très-multipliés, dont la longueur varie depuis sept à huit lignes jusqu'à la moindre longueur imaginable. Quand l'adhérence n'est que peu étendue, ou qu'elle consiste en des prolongemens celluleux, qui permettent au cœur d'exécuter encore avec assez de facilité ses mouvemens, on conçoit que l'habitude peut rendre très-légère ou presque nulle la gêne qu'elle occasionne, et que l'individu peut continuer de vivre sans éprouver d'accidens manifestes. (M. *Corvisart*, Essai sur les maladies du cœur, 3.e édition, 1818.)

Nous ne nous occuperons point de rapporter ici les symptômes que l'on a indiqués comme propres à faire reconnaître sur le vivant cette sorte d'affection, parce qu'il nous semble qu'ils appartiennent plus naturellement à l'histoire de la péricardite chronique, que nous n'examinons point dans notre dissertation.

3.° *Par épanchement séro-purulent.* Cette terminaison, la plus grave de toutes, est aussi la plus fréquente; c'est elle qui cause la mort dans le plus grand nombre des cas. L'on doit croire que cet épanchement existe, lorsqu'au bout de trois, quatre, et même un plus grand nombre de jours, suivant la marche plus ou moins rapide de la maladie, on voit la douleur disparaître, en même temps que les symptômes les plus funestes se déclarent ou augmentent d'intensité; que les traits de la face se décomposent, que l'anxiété devient extrême, les défaillances ou les lipothymies se rapprochent, des frissons irréguliers se déclarent, la difficulté de respirer et l'imminence de la suffocation sont plus grandes, les plaintes et les soupirs plus fréquens, etc. Si l'on percute alors la région du cœur, on trouve qu'elle rend un son mat, dans une plus ou moins grande étendue; des palpitations irrégulières, tumultueuses, éloignées, se font souvent sentir à la main placée sur la même partie; le pouls est petit, faible, mou, irrégulier ou intermittent, pendant qu'il était, au commencement de la maladie, dur, régulier et passablement développé. Cette différence dans l'état du pouls observé

dans le principe ou vers la fin de la péricardite, nous paraît tenir, en grande partie, à ce que, dans le premier cas, bien que le péricarde soit enflammé et que le cœur doive en éprouver une gêne plus ou moins grande dans ses fonctions, cependant il n'y a encore aucune force mécanique qui l'empêche de se développer, et de manifester, par des contractions fortes et fréquentes, l'irritation sympathique ou immédiate qui lui est transmise. Dans le second cas, au contraire, où il s'est fait un épanchement plus ou moins subit dans la cavité du péricarde, dont la résistance et l'élasticité des fibres n'ont pu être vaincues, comme cela peut avoir lieu quand le liquide s'accumule d'une manière lente et insensible, cette membrane presse de toutes parts contre le cœur la collection qu'elle renferme, s'oppose ainsi au libre développement de cet organe, en trouble les fonctions, et donne lieu à la petitesse, l'irrégularité ou l'intermittence du pouls, aux palpitations, aux lipothymies, qui ne surviennent, ou ne sont fréquentes qu'à une époque avancée de la maladie. Une autre cause de ces phénomènes se trouve aussi bien souvent dans l'état pathologique du cœur lui-même, auquel s'est étendue la phlegmasie du péricarde.

Nous ne parlerons point de la terminaison par gangrène; car, de même que dans la cardite, dans laquelle certains auteurs disent l'avoir observée, il nous paraît impossible que la mort ne survienne pas avant un tel désordre.

Complications.

Comme nous l'avons déjà dit, ce qui rend plus grave et plus obscure la maladie qui nous occupe, ce sont diverses affections qui la compliquent le plus communément, qui sont produites par elle, ou bien lui donnent naissance.

Les plus fréquentes sont, la cardite, la pleurésie, la pneumonie, la diaphragmatite et la gastrite. L'une ou plusieurs de ces phlegmasies, existant simultanément avec la péricardite, donnent lieu à de

nouveaux symptômes qui jettent de la confusion dans l'ensemble des phénomènes morbides, et sont par là très-propres à faire méconnaître, soit ces affections elles-mêmes, soit la maladie que nous traitons spécialement. Nous ne dirons rien ici des moyens par lesquels on peut distinguer telle ou telle de ces complications; nous les indiquerons à l'article du diagnostic, en faisant le parallèle des symptômes des maladies qui peuvent coexister ou se confondre avec la péricardite.

Autopsie cadavérique.

A l'ouverture des cadavres d'individus morts de péricardite aiguë, on trouve, 1.° des épanchemens, dans le péricarde, d'un liquide séreux, trouble, plus ou moins purulent, dans lequel nagent souvent des flocons albumineux; 2.° des exsudations concrètes ou pseudo-membranes, recouvrant la face interne de cette membrane, et lui adhérant d'une manière plus ou moins forte; 3.° sa rougeur inflammatoire, son opacité, son épaississement, qui, dans quelques cas, est assez considérable; 4.° des adhérences médiates ou immédiates entre les deux portions qui constituent la tunique séreuse. A la suite de la péricardite chronique on rencontre d'autres altérations, telles que l'état comme cartilagineux et même osseux de la même membrane, des espèces de granulations tuberculeuses, blanchâtres, répandues sur sa surface, et qui lui sont plus ou moins adhérentes; des tumeurs d'un volume variable, qui soulèvent la portion qui recouvre le cœur, et contiennent un liquide d'apparence et de consistance gélatineuses, etc. Nous avons eu deux fois l'occasion d'observer cette dernière altération que *Galien* a rencontrée le premier sur un singe.

Diagnostic.

Pour parvenir à établir les signes diagnostiques de la péricardite, comme nous l'avons déjà avancé, il est d'une nécessité indispensable

de comparer les symptômes de cette affection avec ceux des diverses phlegmasies qui peuvent la compliquer, ou qui présentent avec elle une ressemblance plus ou moins grande dans leurs phénomènes morbides. Nous allons donc procéder à cet examen comparatif.

Cardite. Cette phlegmasie, qui complique souvent la péricardite, et qui le plus communément est le résultat de l'extension de celle-ci au tissu même du cœur, présente des symptômes si analogues à ceux de cette affection, qu'il est difficile de trouver des signes qui lui soient propres et ne conviennent pas également à l'une et à l'autre. Cependant, quand elle existe conjointement avec l'inflammation du péricarde, les auteurs ont dit que l'intensité des symptômes est beaucoup plus grande, que la douleur est poignante et profonde à la région du cœur; les syncopes sont plus fréquentes et se déclarent de meilleure heure; le pouls est serré, petit, tremblant, dur, très-variable dès le commencement; au lieu que, dans la péricardite, ces derniers phénomènes ne se font le plus ordinairement apercevoir qu'à une époque plus avancée de la maladie. Quoi qu'il en soit, l'on ne peut acquérir la certitude de son existence, et l'on ne peut tout au plus que la soupçonner, quand les choses se passent ainsi.

Pleurésie. Dans la *pleurésie,* la douleur répond ordinairement au-dessous du sein, très-rarement vers le sternum, quelquefois vers le dos, et plus souvent vers le rebord des côtes inférieurement; le malade s'incline et se couche sur le côté affecté, à moins que la douleur ne soit très-vive. Les côtes de ce même côté sont immobiles dans les mouvemens respiratoires; les espaces intercostaux ne s'élargissent ni ne se rétrécissent point alternativement; la toux, ordinairement sèche, se fait par saccades et très-douloureusement; le diaphragme, qui contribue alors spécialement à l'inspiration, s'abaisse considérablement dans ce mouvement, et refoule en bas les viscères abdominaux. Dans une période

avancée de la maladie, quand il y a épanchement dans la cavité de la plèvre, la percussion du thorax donne un son mat, dans une certaine étendue, à la partie inférieure du côté de la poitrine malade, si le sujet est sur son séant; dans un autre endroit, et toujours vers le plus déclive, si l'on fait changer la position dans laquelle on percute.—Dans la *péricardite*, au contraire, la douleur répond constamment à la région du cœur, et vers l'appendice xiphoïde; le décubitus sur le côté gauche est impossible dans presque tous les cas; la respiration est haute, l'élargissement des espaces intercostaux considérable dans chaque inspiration; le diaphragme reste presque immobile; le son mat se fait sentir, quand il existe, à la région du cœur, et ne varie point de place, quelle que soit la position dans laquelle on pratique la percussion; la toux, qui est également sèche, manque souvent.

Pneumonie. Cette maladie présente pour symptômes une douleur fixe, ordinairement sourde, profonde, et n'augmentant point à la pression, quand elle n'est point compliquée de pleurésie; comme dans celle-ci, défaut d'ampliation de la poitrine du côté affecté, sur lequel le malade se couche de préférence ou par nécessité; son mat dans une étendue plus ou moins considérable, ou dans toute l'étendue d'une des capacités du thorax, lequel commence ordinairement à se faire sentir sous la clavicule; respiration abdominale, toux fréquente, oppression plus ou moins grande, expectoration muqueuse, catarrhale, et le plus souvent sanguinolente; visage animé, rougeur de la pommette du côté malade; peau chaude, souple, halitueuse, sudorale, principalement à la poitrine, au cou et à la tête; pouls large, plein, fréquent.—La *péricardite* offre une douleur qui a un siége déterminé, augmente à la pression, qui va quelquefois jusqu'à produire des défaillances ou des syncopes; la respiration se fait par l'élévation des côtes, et presque nullement par l'abaissement du diaphragme; le malade ne peut supporter le coucher sur le côté gauche; ce n'est ordinairement que sur le

dos, et la poitrine élevée, qu'il peut conserver une position dans son lit. Le son mat est toujours à la région du cœur; la toux manque souvent, et quand elle existe, elle est sans expectoration, surtout sanguinolente; il y a quelquefois rougeur de la pommette, mais elle est très-rare, tandis qu'elle accompagne presque constamment la pneumonie, dont elle est l'un des symptômes les plus importans; la peau est sèche; le pouls, dur, serré, présente souvent des irrégularités ou des intermittences.

Diaphragmatite. Les symptômes de cette phlegmasie n'ont point encore été assignés d'une manière satisfaisante. Le délire phrénétique et le ris sardonique n'en sont point des phénomènes essentiels, comme le pensait *Boerhaave.* Un grand nombre de faits observés depuis cet illustre auteur ont démontré sur les cadavres les traces de l'inflammation du diaphragme, quoique les malades n'eussent présenté rien d'analogue. Rarement le tissu musculaire, et surtout le centre aponévrotique, sont le siége de cette maladie, comme on le croyait autrefois; c'est au contraire presque toujours le tissu séreux qui revêt ses faces supérieure et inférieure, et on conçoit qu'alors elle doit présenter des symptômes analogues à ceux des phlegmasies des membranes séreuses. Ceux qu'on a le plus constamment observés sont : une douleur transversale à la base de la poitrine, qui augmente dans les mouvemens inspiratoires et par la compression de l'abdomen de bas en haut; toux sèche, très-douloureuse; respiration difficile, accélérée, ne se faisant que par l'élévation des côtes; nausées, vomissemens, hoquets fréquens; révulsion des hypochondres en dedans et en haut; fièvre très-violente, pouls dur, fréquent, peu developpé. Quoique plusieurs de ces symptômes se rencontrent dans la péricardite, si on les compare avec tous ceux que nous avons assignés à cette dernière maladie, on verra une grande différence dans l'ensemble de ceux de l'une et l'autre affection. Nous avons eu occasion de voir un cas de diaphragmatite : la douleur de la base de la poitrine, l'immobilité du dia-

phragme, des hoquets continuels, etc., avaient annoncé son existence, qui fut confirmée par l'ouverture du cadavre. Des symptômes de pneumonie droite s'étaient fait remarquer pendant la maladie, et l'on trouva aussi la base du poumon droit hépatisée et adhérente au diaphragme.

Gastrite. La gastrite présente des symptômes si caractéristiques, qu'il n'est guère possible de ne pas la reconnoître ou de la confondre avec la péricardite. Une douleur plus ou moins vive, qui n'est cependant pas essentielle, à la région de l'estomac; une chaleur âcre, brûlante de la peau, surtout à l'épigastre; la couleur sale tirant sur le brun de cette membrane, son aridité et son état de constriction sur les parties sous-jacentes; la sécheresse, la rougeur de la langue, surtout sur les bords et vers la pointe; une soif très-grande, l'appétence pour les boissons froides et acidules; les nausées, les vomissemens, qui, dans quelques cas, sont tels que l'estomac ne peut rien supporter; les douleurs contusives des membres, le pouls fréquent et peu développé, la tendance à la prostration, l'état d'hébétude, le trouble des idées, le délire dans certains cas graves, etc., tels sont les phénomènes principaux et ordinaires de cette maladie.

Asthme convulsif. Cette maladie ne saurait non plus être confondue avec la péricardite, pour peu qu'on en connaisse bien les caractères. Voici les principaux : difficulté extrême de la respiration, qui se manifeste subitement, et ordinairement au milieu de la nuit, pendant le sommeil; oppression considérable, resserrement ou constriction spasmodique de la poitrine, dont le défaut de dilatation ne permet à l'air qu'un accès difficile dans le poumon (il y pénètre en faisant entendre un bruit particulier, une espèce de sifflement); secousses de toux fatigantes, sentiment de plénitude et de gonflement dans le thorax; visage tuméfié, exprimant l'abattement et l'anxiété, mais point de tiraillement des traits; pouls fréquent,

petit et serré, mais aucun autre symptôme fébrile; peau souple et d'une température naturelle; percussion sonore de toute l'étendue de la poitrine, si aucune autre affection des organes qui y sont contenus ne préexiste. Le malade se tient sur son séant, et réclame l'air frais; enfin tous ces symptômes se dissipent presque entièrement au bout de douze ou quinze heures, pour revenir, par accès périodiques, pendant les nuits suivantes, un plus ou moins grand nombre de fois.

Nous ne croyons pas devoir parler du catarrhe pulmonaire, parce que, quand il existe à un degré modéré, il est trop facile de le distinguer de la maladie que nous traitons, et que, dans les cas où il est très-intense, il présente des phénomènes qui se rapprochent de ceux de la pneumonie dont nous avons fait mention. Il en est de même des différentes affections organiques du cœur, dont la marche lente, les symptômes d'un ordre particulier qui les accompagnent, le défaut de mouvement fébrile, etc., sont, nous pensons, suffisans pour empêcher toute méprise à l'égard de la péricardite aiguë. Il n'en serait pas ainsi toutefois dans les cas de péricardite chronique.

De l'examen que nous venons de faire des symptômes des différentes maladies qui ont de l'analogie avec la péricardite, nous croyons pouvoir être autorisé à regarder la douleur fixe à la région du cœur, augmentant à la pression en même temps qu'elle détermine une anxiété plus grande, et quelquefois même des lipothymies; le son obscur ou mat de la même partie, invariable, quelle que soit la position du malade dans laquelle on pratique la percussion; le *décubitus* impossible sur le côté gauche, la respiration haute, accélérée, ne se faisant que par le seul mouvement des côtes; une toux sèche et souvent nulle, comme des phénomènes assez caractéristiques de la phlegmasie du péricarde. Mais il en existe d'autres qui leur donnent une force bien plus grande quand ils viennent à se manifester, ce sont: 1.° la sensation perçue, par quelques malades, d'un corps volumineux, d'une espèce de

boule qui se meut dans la poitrine, vers l'endroit qu'occupe le cœur, et dont chaque mouvement augmente la douleur qui existe dans cette partie ; 2.° les défaillances, les lipothymies ; 3.° l'extrême faiblesse du pouls, sa variabilité, son irrégularité et son intermittence quand la maladie est avancée ; 4.° les palpitations du cœur ; 5.° l'œdématie des extrémités inférieures, que l'on observe quelquefois ; 6.° la terminaison funeste même qui offre cela de particulier, qu'elle n'est point précédée de râle ou d'agonie, et qu'elle arrive subitement dans le moment que le malade exécute quelques mouvemens.

Jetons un coup-d'œil physiologique sur ces différens signes, que nous regardons comme diagnostiques de la péricardite aiguë, pour mieux juger de leur valeur. 1.° La douleur fixe de la région du cœur augmente à la pression, qui redouble l'anxiété, la dyspnée, et cause quelquefois la syncope, parce qu'en déprimant de cette manière les intervalles intercostaux, on applique l'une contre l'autre les deux portions du péricarde, et qu'on comprime plus ou moins le cœur, ce qui apporte un trouble dans la circulation. 2.° La sensation distincte qui a été perçue, par quelques individus, d'une espèce de boule dans la poitrine, dont les mouvemens exaspèrent la douleur, s'explique facilement par la sensibilité exquise du péricarde enflammé et les battemens du cœur, qui, à chaque contraction, font froisser douloureusement les deux portions de cette membrane. C'est un phénomène analogue à celui qu'ont éprouvé certains anatomistes dans les attaques de goutte : la surface articulaire douloureuse dans tous ses points, celle du gros orteil, par exemple, avec le premier os du métatarse, leur faisait éprouver une sensation telle, qu'elle leur donnait l'idée aussi exacte de la forme de cette articulation que s'ils l'avaient eue disséquée sous les yeux. Le symptôme dont il est question a été peu observé jusqu'ici, sans doute parce que l'état d'anxiété, dans lequel se trouvent les malades, ne leur permet pas de bien exprimer ce qu'ils sentent, et que d'ailleurs la maladie ayant été méconnue

dans le plus grand nombre des cas, les médecins ne dirigeaient pas leurs questions de manière à pouvoir le découvrir. Nous sommes porté à croire qu'il doit être assez fréquent, et que, chez les individus qui savent rendre compte de leurs sensations, un médecin habile en acquerra facilement la connaissance. La jeune dame, créole de la Martinique, qui fait le sujet de la deuxième observation de péricardite aiguë, dans l'ouvrage de M. *Corvisart*, a offert ce signe très-important d'une manière manifeste. Nous l'avons éprouvé sur nous-même : à chaque contraction du cœur, nous sentions la douleur s'accroître, et nous avions la sensation du volume et de la forme de ce viscère. 3.° La respiration haute et le défaut d'abaissement du diaphragme sont un résultat de la fixité du péricarde à ce muscle, qui, dans ses mouvemens, le tiraillerait considérablement, et exaspérerait la douleur et tous les autres symptômes. 4.° L'impossibilité du *décubitus* sur le côté gauche s'explique par la compression du péricarde et du cœur qui résulterait de cette position. La raison qui, dans la pleurésie, force souvent le malade à se coucher sur le côté affecté, n'existe point ici. Le malade choisit alors cette position, parce qu'elle empêche le développement du poumon et des espaces intercostaux, lequel ne peut se faire sans tirailler douloureusement la plèvre ; il condamne en quelque sorte à l'inaction le poumon du côté malade, et laisse à l'autre plus de liberté dans sa dilatation. Aussi, quand cette dernière affection complique la péricardite, et qu'elle a son siége dans la plèvre gauche, les malades se couchent-ils sur le côté correspondant. Toutes les observations de péricardite que nous avons lues dans les auteurs, et dans lesquelles les malades avaient offert le *décubitus* sur le côté gauche, étaient compliquées de pleurésie ou de pneumonie gauche. (Voyez *Morgagni*, epist. 20, art. 35; epist. 22, art. 10. M. *Corvisart*, obs. 5 et 6, etc.) Plusieurs auteurs, *Sénac* entre autres, ont donné pour signe de la péricardite le *décubitus* dorsal impossible sur le côté gauche. M. *Le Mazurier*, dans une dissertation (Paris, 1810, n.° 12), donne également ce signe. Il

cite deux observations dans lesquelles les malades ne pouvaient supporter cette position, si ce n'est, chez l'un d'eux, vers la fin de la maladie, époque à laquelle il se développa des symptômes de pleuro-pneumonie qui furent justifiés par l'ouverture du cadavre. Dans la maladie dont nous avons été atteint l'an dernier, il nous était impossible de nous coucher sur le côté gauche, et, plus de six mois après avoir été rétabli, nous ne pouvions encore le faire sans éprouver à l'instant de l'oppression et du trouble dans la circulation. Tous les individus que nous avons vus affectés de cette maladie étaient constamment dans le *décubitus* dorsal. 5.° Le son mat de la partie antérieure et latérale gauche de la poitrine, ne changeant point de place, quelque position que prenne le malade, est une chose nécessaire, vu le peu de capacité du péricarde et son état de fixité au diaphragme, qui ne lui permet d'exécuter que peu de déplacement. Il n'en est pas ainsi dans le cas où il y a une collection dans la cavité de la plèvre, dont la grande étendue permet au liquide de se mouvoir en divers sens, et toujours vers le lieu le plus déclive, s'il n'en remplit pas entièrement la capacité, ce qui peut faire varier le lieu où la percussion est obscure. 6.° L'état du pouls, les palpitations, les syncopes, les infiltrations qui surviennent quelquefois à la fin de la maladie, la mort subite, tous ces phénomènes sont le résultat du trouble dans lequel se trouve l'organe central de la circulation, par la compression qu'exerce le liquide contenu dans le péricarde, ou l'irritation plus ou moins grande qui lui a été transmise.

D'après tout ce que nous avons dit dans cet article, nous croyons donc qu'il est assez facile d'établir le diagnostic de la *péricardite aiguë*, exempte de toutes complications. Malheureusement il est plus commun de voir s'y joindre une ou plusieurs des affections que nous avons indiquées plus haut; alors les symptômes des unes et des autres se confondent, s'obscurcissent mutuellement, et il est bien plus difficile de distinguer ceux qui appartiennent à la *péricardite* et ceux qui dépendent de telle ou telle autre phlegmasie. Cepen-

dant, si l'on a bien présens à l'esprit les signes propres à chacune, et si l'on procède avec méthode et analyse dans leur recherche, nous croyons que, dans le plus grand nombre des cas, on parviendra à découvrir quels sont les tissus affectés. Il est d'ailleurs une chose consolante, dans le cas où l'on ne pourrait y réussir; c'est que toutes ces maladies, étant de nature inflammatoire, exigent des moyens curatifs analogues. L'on reconnaîtra toujours, dans les cas même les plus obscurs, qu'un ou plusieurs organes importans sont enflammés, et l'on se conduira, d'après cette donnée, dans l'administration du traitement.

Prognostic.

Le prognostic est en général fâcheux. Il varie suivant l'intensité des symptômes, la marche plus ou moins rapide de la maladie, et son état de simplicité ou de complication. Quand elle débute avec violence, que les symptômes les plus graves se manifestent promptement (tels sont ceux qui annoncent un grand trouble dans les fonctions du cœur, les lipothymies, les palpitations, la faiblesse, l'irrégularité ou l'intermittence du pouls, etc.); qu'il s'y joint des complications de *pneumonie* ou de *pleurésie*, de *diaphragmatite*, etc., le prognostic est des plus funestes; la mort arrive alors avant le cinquième ou le sixième jour, si l'on n'a reconnu de bonne heure la nature de la maladie, et si on ne l'a combattue de suite par les moyens antiphlogistiques les plus énergiques. Le plus souvent même, malgré leur administration tempestive et méthodique, le malade succombe. La péricardite qui ne s'annonce pas avec des accidens aussi violens, qui suit une marche plus lente, dans laquelle on ne voit point de trouble considérable dans les fonctions du cœur, ou des symptômes d'une phlegmasie des organes environnans, celle enfin que M. le professeur *Corvisart* nomme *sub-aiguë*, offre des chances beaucoup moins défavorables, et l'on a un espoir bien plus grand de la vaincre par un traitement

convenablement administré. On ne possède que peu d'exemples authentiques de guérison de péricardite ; mais il ne faudrait pas en conclure qu'elle doive être presque constamment mortelle. En effet, comme l'on a presque toujours méconnu la maladie du vivant des malades, toutes les observations de péricardite rapportées par les auteurs ne sont, pour ainsi dire, que des cas de mort, et ce n'est qu'à l'ouverture des cadavres que la nature de la maladie a été mise en évidence : et n'est-il pas raisonnable de penser qu'un grand nombre d'individus affectés de péricardite peut en avoir été guéri à l'insu du médecin, qui l'aura traitée pour une pleurésie ou une pneumonie ? M. le professeur *Corvisart*, qui a le premier assigné des moyens propres à la faire reconnaître, est dans l'intime persuasion qu'il a vu plusieurs guérisons de cette maladie. Nous citerons deux observations qui viennent à l'appui de son opinion, et augmentent l'espoir d'obtenir une solution heureuse de la péricardite.

I.re OBSERVATION.

Pain, militaire, âgé de vingt à vingt-deux ans, d'une constitution délicate, entra à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. *Broussais*, au mois d'octobre de l'année dernière, présentant les symptômes effrayans d'une phlegmasie universelle des membranes séreuses de la poitrine et du bas-ventre, à laquelle se joignait encore une irritation de la membrane muqueuse du canal digestif. Il était dans un état véritablement déplorable : il y avait anxiété extrême, toux sèche et très-douloureuse, difficulté ou plutôt impossibilité de dilater la poitrine ; douleur à la région du cœur et dans divers points du contour du thorax ; sensibilité de l'abdomen si exquise, que le plus léger contact était insupportable ; chaleur de la peau, fréquence et petitesse du pouls, pâleur de la face et tiraillement des traits, etc. Une diète sévère, des applications répétées de sangsues sur le ventre et la poitrine, des fomentations émollientes des mêmes parties, des boissons adoucissantes, dissipè-

rent entièrement cet appareil formidable de symptômes, dans l'espace de dix à douze jours. Le malade, qui avait été réduit, par la diète et un traitement antiphlogistique des plus énergiques, dans un état de faiblesse considérable, ne se rétablissait que lentement, à l'aide d'un régime sage et de précautions très-grandes. Il y avait deux mois à peu près qu'il était entré en pleine convalescence; il reprenait de la force et de l'embonpoint, mangeait les trois-quarts de la portion d'alimens, lorsqu'il fut tout à coup pris de la variole, dont quelques individus étaient atteints dans une salle particulière de l'établissement. Elle fut confluente, mais sans beaucoup de gonflement du visage et du reste du corps. On n'osa point employer un traitement actif pour la combattre, on se contenta de laisser agir la nature, et d'écarter les causes qui auraient pu aggraver la maladie. Malheureusement l'individu ne put résister à la cause de destruction, et il y succomba.

Nous avions eu, lors de la première affection, quelques soupçons sur l'existence de la *péricardite*, dont il était bien difficile d'analyser les symptômes au milieu de la confusion, résultat de l'affection simultanée de plusieurs tissus de la poitrine et de l'abdomen. Nous étions donc curieux de voir, à l'ouverture du cadavre, dans quel état l'on trouverait le péricarde, ainsi que les autres parties qui avaient été le siége de l'inflammation.

Autopsie cadavérique. — *Poitrine.* Plèvres de l'un et l'autre côté adhérentes au moyen d'une substance cellulo-membraneuse, organisée et assez lâche; aucun épanchement. *Péricarde* plus épais que dans l'état ordinaire; il était opaque et ne permettait point, comme cela a lieu communément, de distinguer, à travers la portion qui recouvre le cœur, la couleur rouge des fibres de cet organe; sur la face antérieure, et vers la base de ce dernier, on trouva une portion de péricarde plus épaisse que partout ailleurs, formant une petite tumeur saillante, de six lignes environ de diamètre, et contenant une humeur gélatineuse. *Abdomen.* Des traces

de la *péritonite* existaient manifestement : il y avait adhérence de l'arc du colon avec la face concave du foie ; quelques anses d'intestins adhéraient aussi entre elles ; les espèces de petits épiploons ou appendices du péritoine, que l'on remarque le long du colon, étaient tuméfiées et remplies d'un liquide épais, roussâtre et d'apparence gélatineuse.

Il nous semble que l'état dans lequel on a trouvé le péricarde prouve manifestement l'existence antérieure d'une *péricardite*, qui s'est terminée par résolution, comme la *pleurésie* et la *péritonite*. L'épaississement, l'opacité des membranes séreuses, sont un résultat reconnu de leurs phlegmasies aiguës ou chroniques ; c'est un phénomène analogue à celui que nous voyons se produire sous nos yeux dans l'ophthalmie. Les taies, l'albugo, ne sont-ils pas l'effet de cette phlegmasie? Mais la tumeur observée sur la face antérieure du cœur donne un plus grand poids à notre opinion ; et nous pensons qu'elle ne saurait reconnaître pour cause qu'une irritation qui a appelé vers cette partie une plus grande quantité de fluides, comme elle a produit un effet semblable dans les prolongemens péritonéaux du colon. Sans doute que la résolution s'en fût opérée peu à peu, si le malade n'avait pas succombé à une affection étrangère. M. *Broussais*, et plus de cinquante autres personnes qui étaient présentes, ne firent aucun doute qu'il n'y eût eu *péricardite*.

II.^e OBSERVATION.

Voici l'histoire de la maladie que nous avons essuyée au mois de juillet de l'année précédente.

Depuis environ huit jours nous éprouvions les symptômes de ce qu'on nomme *embarras gastrique* : perte d'appétit, langue sale, un peu rouge à sa pointe ; sentiment de malaise général, inaptitude au travail, pesanteur et douleurs contusives des membres, etc. Un matin, nous prîmes un livre, et nous fûmes respirer l'air de la campagne ; nous nous assîmes sur l'herbe, qui était humide de

rosée, et nous nous mîmes à lire ; bientôt, succombant à l'état d'accablement dans lequel nous nous trouvions, nous nous endormîmes. Ce sommeil dura à peu près une heure, fut accompagné d'une grande fatigue, et suivi d'un malaise plus considérable qu'auparavant ; nous eûmes beaucoup de peine à regagner la maison, où nous nous jetâmes sur un lit aussitôt après y être arrivé. Nous ne fûmes pas long-temps sans nous endormir de nouveau ; mais bientôt nous fûmes réveillé par un sentiment d'anxiété et d'oppression très-grandes. Il y avait une chaleur générale très-intense ; une douleur vive se faisait sentir vers le lieu qu'occupe le cœur, qui battait avec force ; le pouls était très-dur, fréquent et intermittent (depuis trois à quatre jours nous éprouvions une légère douleur à la partie antérieure et gauche de la poitrine, que nous regardions comme sympathique de l'irritation gastrique, et à laquelle nous ne faisions aucune attention). Nous crûmes reconnaître les symptômes de la *péricardite ;* nous priâmes l'un de nos amis qui était présent de nous placer la ligature au bras ; et nous nous fîmes nous-même sur-le-champ une saignée de quatorze à quinze onces au moins. La difficulté de respirer et la douleur furent un peu calmées pendant quelques heures ; mais vers le soir tous les symptômes reprirent une nouvelle intensité : chaleur vive de la peau, anxiété, oppression ; élévation considérable des côtes dans l'inspiration ; douleur très-aiguë de la partie antérieure et latérale gauche du thorax, vis-à-vis la région du cœur ; elle était étendue, et aurait pu se circonscrire, en traçant sur la peau une figure elliptique, dont le grand diamètre, long de cinq à six pouces, aurait commencé au bord droit du sternum, à peu près à la hauteur du cartilage de la troisième côte, et se fût prolongé, en bas et à gauche, dans la direction oblique du cœur et du péricarde. Nous avions la sensation très-distincte des battemens du cœur dans la poitrine ; ils augmentaient la douleur, et nous donnaient l'idée de la forme et du volume de cet organe (ce dernier symptôme ne nous laissa plus aucun doute sur la nature de la

maladie). La nuit fut extrêmement agitée ; nous dormîmes par instans d'un sommeil accablant, interrompu par des réveils en sursaut, causés par les rêves les plus sinistres; il nous était impossible de nous placer sur le côté gauche ; nous ne pouvions supporter que la position sur le dos, la tête et la poitrine élevées ; il y avait toujours dureté, fréquence et intermittence du pouls; point de toux. Le matin, de très-bonne heure, une nouvelle saignée de douze onces fut pratiquée, et suivie, trois heures après, d'une autre moins considérable. Dès-lors la difficulté de respirer, l'anxiété et la douleur commencèrent à diminuer, et disparurent en grande partie dans le courant de la journée; cependant la fréquence et l'intermittence du pouls existaient encore ; la diète et l'usage de la limonade, auxquels nous nous étions soumis dès l'invasion de la maladie, le repos le plus absolu, dissipèrent à peu près entièrement tous ces symptômes dans les deux ou trois jours qui suivirent. Nous disons *à peu près*, car nous n'avons pas laissé d'éprouver, pendant plus de six mois, certains accidens qui nous ont convaincu de plus en plus dans le diagnostic que nous avions porté sur notre maladie : nous ressentions de temps en temps de légères douleurs vers la région du cœur; nous ne pouvions nous coucher sur le côté gauche qu'à l'instant même nous ne fussions pris de gêne dans la respiration et d'intermittence dans le pouls ; aussitôt que nous nous mettions sur le côté droit, et pendant tout le temps que nous y restions, nous ressentions une douleur et un tiraillement dans la partie gauche de la poitrine, vers l'endroit correspondant à la pointe du cœur; il nous semblait que ce viscère était adhérent dans cette partie; et qu'étant, dans cette position, entraîné à droite par sa propre pesanteur, les liens qui l'unissaient au péricarde se trouvaient ainsi tiraillés et devenaient la source de la sensation que nous éprouvions... Existait-il réellement des adhérences partielles du cœur au péricarde? Nous sommes porté à le croire. Ce qu'il y a de certain, c'est que cette espèce de douleur et de tiraillement s'est dissipée insensiblement; ce qui

s'expliquerait assez bien, soit par l'allongement progressif des moyens d'union, soit par la diminution de la sensibilité du péricarde par l'effet de l'habitude. Les auteurs ont d'ailleurs donné ce symptôme comme propre à l'adhérence dont nous parlons. Une autre chose assez digne de remarque, c'est que, toutes les fois que nous éprouvions de la gêne dans les fonctions de l'estomac, ce qui nous arrivait fréquemment, nous étions sûr d'avoir la nuit suivante agitée et des intermittences dans le pouls : quelle que fût la cause qui stimulât fortement l'estomac, les mêmes accidens se manifestaient. Trois fois, à des intervalles éloignés, le café nous les a occasionnés; et ils ont été tels, dans deux circonstances, que nous avons été obligé d'avoir recours à la saignée. Aujourd'hui tout est dissipé, et nous ne ressentons plus aucune incommodité.

Si l'on réfléchit bien à l'ensemble des symptômes de cette maladie, nous pensons que l'on ne peut se refuser d'admettre l'existence d'une *péricardite*, qui s'est terminée par résolution, parce qu'elle a été attaquée, presqu'en même temps qu'elle a débuté, par des moyens très énergiques.

Traitement.

Le traitement de la *péricardite aiguë* est fondé sur les mêmes bases que celui des phlegmasies en général. Mais ici on ne saurait agir avec trop de célérité, à cause de la gravité extrême et de la marche le plus souvent rapide de la maladie ; le succès dépend de la prompte et énergique administration des moyens curatifs. Quelques heures de retard peuvent rendre nul leur effet dans les cas très-graves. Les saignées locales et générales, la diète absolue, les boissons adoucissantes ou acidules, le repos du corps et de l'esprit, les vésicatoires sur la partie affectée, dans une période avancée de la maladie, tels sont les meilleurs moyens à lui opposer. 1.° On commencera par pratiquer une, deux, ou un plus grand nombre de

saignées au bras, suivant la gravité de la maladie, la force et l'âge de l'individu. On ne doit pas être intimidé par le peu de développement du pouls, la tendance aux lipothymies, à moins que l'on ne soit appelé fort tard et quand tout annonce une terminaison funeste et prochaine. 2.° On fera ensuite une ou plusieurs applications de sangsues sur la partie affectée, de vingt ou trente chacune; car un nombre trop peu considérable augmente, dans beaucoup de cas, plutôt la congestion qu'il ne la diminue. 3.° On prescrira la diète la plus sévère, et l'on donnera pour boissons les limonades avec le citron, l'acide tartarique, la gelée de groseilles; les tisanes adoucissantes, comme celles d'orge, de riz, l'eau de gomme, etc., que l'on édulcorera avec un sirop ou du sucre. 4.° On appliquera localement, après les sangsues, des fomentations émollientes et mucilagineuses, et même des cataplasmes de même nature, si leur poids, quand les symptômes sont modérés, n'est pas incommode aux malades. 3.° On placera le malade dans son lit, de telle sorte qu'il appuie sur le dos et qu'il ait la tête et la poitrine élevées, qu'il soit à l'abri du froid en hiver, et d'une trop grande chaleur en été. On fera en sorte qu'il soit dans le plus grand repos possible du corps et de l'esprit. 6.° Quand les accidens seront calmés, que la douleur et la fièvre seront très-modérées, il sera très-utile alors, comme le recommande M. le professeur *Corvisart*, d'appliquer un vésicatoire sur la partie, c'est un excellent moyen d'obtenir une révulsion heureuse vers la peau, et de prévenir le passage à l'état chronique. Mais il ne doit être employé que quand la réaction fébrile est à peu près tombée, et que la phlegmasie n'existe plus que dans une nuance peu active; plus tôt il pourrait l'exaspérer et devenir funeste; car il arriverait ici ce qui arrive souvent daus la pleurésie : la douleur vive de la peau rend nulle celle de la plèvre; on croit celle-ci dissipée réellement; on reste dans une sécurité trompeuse, la phlegmasie persiste et passe à l'état chronique, si même elle n'augmente pas d'intensité.

Dans les cas où il y a complication de pneumonie ou de pleu-

résie , le traitement est absolument le même. Il en est ainsi à l'égard de la diaphragmatite. On a vu plusieurs fois un délire furieux et d'autres symptômes de l'arachnitis se manifester. Alors il ne faut pas s'en laisser imposer par le délire et quelques autres phénomènes , croire à l'existence d'une fièvre adynamique ou ataxique, et administrer les toniques; cette erreur serait funeste au malade : on doit , au contraire, outre les moyens précédens , pratiquer la saignée de la jugulaire , appliquer des sangsues au cou , l'eau froide ou la glace pilée sur la tête , etc. La complication avec la gastrite a donné lieu aux méprises les plus graves , en faisant méconnaître la *péricardite* et regarder l'ensemble des symptômes comme ceux d'une des fièvres dont nous venons de parler. Il est donc bien important de reconnaître cette complication , que l'on combattra par les applications répétées de sangsues à l'épigastre , les fomentations émollientes sur la même partie , et les boissons indiquées plus haut, prises en petite quantité à la fois, pour ne pas surcharger l'estomac. Si la *péricardite* s'était déclarée à la suite d'une métastase goutteuse , rhumatismale , exanthématique , etc., ou la suppression d'une évacuation sanguine naturelle ou habituelle , il n'est pas besoin de dire qu'il faudrait, dans le premier cas , rappeler l'irritation répercutée à son siége primitif, et suppléer, dans le second , à l'évacuation supprimée par des moyens appropriés à sa nature. S'il survenait un mouvement critique , on se garderait de troubler les efforts salutaires de la nature , qu'il faudrait, au contraire , seconder par les secours de l'art , sagement administrés.

Heureux si, dans ce faible travail, nous avons pu parvenir, sinon au but que nous eussions voulu atteindre , du moins à présenter quelques vues qui ne soient pas dénuées de toute utilité !

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* Th. Vernet).

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. Oportet autem non modò se ipsum exhibere quæ oportet facientem, sed ægrum, et presentes et externa. *Sect.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

In paroxyismis cibum subtrahere oportet; exhibere enim noxium, et quicumque morbi per periodos exacerbantur, in eorum paroxysmis subtrahere oportet. *Ibid.*, *aph.* 11.

V.

Quæ longo tempore extenuantur corpora, lentè reficere oportet; quæ verò brevi, celeriter. *Sect.* 7, *aph.* 2.

VI.

Sana habentes corpora pharmacis purgati citò exsolvuntur, ut et qui pravo utuntur cibo. *Ibid.*, *aph.* 36.

VII.

Sub cane, et ante canem, difficiles sunt purgationes. *Sect.* 4, *aph.* 5.